**Reporte y Evaluación de Servicio Social[[1]](#footnote-1)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo reportado: del día**\_\_\_\_\_\_** mes **febrero** año **2023** al día: **\_\_\_** mes **agosto** año **2023**

Indique a que bimestre corresponde: 1º. [] 2º. [ ] 3º. [  ] Número de reporte adicional [ ], en caso de prórroga, reporte final [ ]

Total, de horas de este reporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Total de horas acumuladas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No** | **Criterios para evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones |  |  |  |  |  |
| 3 | Muestra liderazgo en las actividades encomendadas |  |  |  |  |  |
| 4 | Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria |  |  |  |  |  |
| 6 | Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora en el programa en el que participa |  |  |  |  |  |
| 7 | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| RESUMEN DE ACTIVIDADES: |
| OBSERVACIONES: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre, cargo y firma del responsable del programa | Sello de la Dependencia/ organismo | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Interesado(a) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. Oficina de Servicio Social del I.T.E.S. Sello y fecha de recepción |

1. [↑](#footnote-ref-1)